

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES N° 52.

SUR LES

FIÈVRES CONTINUES ET INTERMITTENTES;

THÈSE

*Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris ,
le 17 mars 1832 , pour obtenir le grade de Docteur en
médecine;*

PAR LOUIS BOUYGUES, né à Aurillac ,

Département du Cantal;

Bachelier ès - sciences.

Ars medica tota in observationibus.

FRED. HOFFMANN.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine , rue des Maçons-Sorbonne, n°. 15.

1832.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

MM. ORFILA, Doyen.

MESSIEURS

Anatomie.....	CRUVEILHIER, <i>Examineur.</i>
Physiologie.....	BÉRARD.
Chimie médicale.....	ORFILA.
Physique médicale.....	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale.....	RICHARD.
Pharmacologie.....	DEYEUX, <i>Examineur.</i>
Hygiène.....	DES GENETTES, <i>Examineur.</i>
Pathologie chirurgicale.....	{ MARJOLIN.
	{ JULES CLOQUET.
Pathologie médicale.....	{ DUMÉRIL.
	{ ANDRAL, <i>Président.</i>
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUSSAIS.
Opérations et appareils.....	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale.....	ALIBERT.
Médecine légale.....	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés.....	MOREAU.
	{ LEROUX.
Clinique médicale.....	{ FOUQUIER.
	{ BOUILLAUD.
	{ CHOMEL.
	{ BOYER.
Clinique chirurgicale.....	{ DUBOIS, <i>Suppléant.</i>
	{ DUPUYTREN.
	{ ROUX.
Clinique d'accouchemens.....	

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.
BAUDELOQUE.
BAYLE.
BLANDIN.
BOUVIER.
BRIQUET, *Suppléant.*
BRONGNIART.
COTTEREAU.
DANCÉ.
DEVERGIE.
DUBLED.
DUBOIS, *Examineur.*

MM.
GERDY, *Examineur.*
GIBERT.
HATIN.
LISFRANC.
MARTIN SOLON.
PIORRY.
ROCHOUX.
SANDRAS.
TROUSSEAU.
VELPEAU.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS

AU MEILLEUR DES PÈRES,
A LA PLUS TENDRE DES MÈRES.

Faible témoignage de mon amour et d'une éternelle reconnaissance.

A MON FRÈRE.

Gage d'amitié.

L. BOUYGUES.

AVANT-PROPOS.

LA médecine qui repose sur les faits est seule durable ; cependant , à toutes les époques , il a existé des hommes qui , par leur talent , semblaient destinés à agrandir le domaine de la science , et à déchirer le voile dont elle est encore enveloppée , lorsque chez eux une folle manie de tout systématiser est devenue la source de nouvelles erreurs ; car , autant la théorie dans les sciences exactes est une production du génie , qui conçoit la nature telle qu'elle est , autant le système en médecine est le produit de l'imagination qui la fait agir à son gré , afin de la plier aux caprices de ses bizarres conceptions. Le médecin systématique n'ignore pas que la qualité essentielle de tout bon système est de pouvoir se généraliser et s'étendre à tous les cas particuliers ; aussi , sacrifiant la vérité à une vaine fumée de gloire , ou cherchant à tout rapporter à des idées préconçues , il est obligé de torturer , de dénaturer même les faits pour pouvoir les rattacher aux principes invariables une fois posés ; car , sans unité , plus de bon système.

Pour nous qui débutons dans la carrière , profitant de l'utile leçon qui nous est donnée , nous examinerons attentivement et avec bonne foi les faits nombreux et variés qui s'offriront à notre observation ; nous rapprocherons ceux qui seront d'une nature semblable ; nous éloignerons avec soin tous ceux d'une nature différente , et de cette comparaison perpétuelle jaillira la vérité que le médecin philanthrope doit surtout rechercher dans l'intérêt de ses semblables.

Heureux si cette esquisse imparfaite peut mériter l'approbation et l'indulgence de nos maîtres !

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

SUR LES

FIÈVRES CONTINUES ET INTERMITTENTES.

En prenant les fièvres pour sujet de ma thèse, j'ai eu moins pour but de traiter à fond ce point litigieux de la science que d'énoncer avec précision et clarté ce qui me semble le plus essentiel à connaître dans l'étude de ces maladies. Cependant, comme j'ai adopté une manière de voir, et que je l'ai plusieurs fois exprimée dans cet essai, je dois la motiver en indiquant avec toute la brièveté possible les faits sur lesquels elle repose et les conséquences naturelles qui en découlent. C'est là, je pense, le meilleur moyen pour éclaircir ce point de doctrine, et faire ressortir l'erreur qui doit nécessairement exister, ou chez ceux dont je professe les opinions, ou dans l'esprit de leurs adversaires.

Le mot *fièvre*, en grec πυρετος, de πυρ, feu, du latin *febris*, se trouve dans tous les ouvrages qui ont été publiés sur l'art de guérir, depuis *Hippocrate* jusqu'à nos jours; mais l'acception différente qu'il a reçue a jeté un tel vague sur son véritable sens, qu'il nous semble nécessaire de le préciser. Pour nous, la *fièvre* est une *modification* passagère ou durable de la plupart de nos fonctions, mais surtout de la *chaleur* et de la *circulation*, avec ou sans affection locale appréciable pour nos sens.

La fièvre peut exister seule et indépendante de toute lésion organique qu'il soit en notre pouvoir de démontrer, ni pendant la vie, ni après la mort : dans ce cas, elle est dite *essentielle*.

Elle peut être accompagnée d'affections plus ou moins graves , et alors elle est très-souvent *symptomatique*.

De tout temps on a reconnu deux types principaux dans les fièvres, le *continu* et l'*intermittent*. La cause de la différence de type et celle de l'intermission nous sont entièrement inconnues.

On admet aujourd'hui le type *rémittent* ; mais comme ce dernier type, malgré les différences qui le distinguent, nous semble pouvoir jusqu'à un certain point être rattaché aux deux premiers, dont il n'est pour ainsi dire que la synthèse, sous le rapport des causes, des symptômes et du traitement, nous ne nous occuperons ici d'une manière très-générale que des types continu et intermittent, en nous appuyant toutefois d'une manière plus spéciale sur ce dernier. Je ne parlerai point de la fièvre hectique.

Fièvres continues.

La fièvre continue est celle qui offre un trouble permanent des fonctions depuis son origine jusqu'à sa terminaison.

On reconnaissait autrefois plusieurs espèces de fièvres, et je n'en finis pas si je voulais énumérer tous les noms qu'elles ont reçus à diverses époques. Je me bornerai à dire que dans ces derniers temps on les a distinguées en *simples*, *inflammatoires*, *bilieuses*, *muqueuses*, *nerveuses* et *adynamiques*. Ces dénominations, excepté la première, nous paraissent surcharger inutilement la nomenclature médicale, et de nature à induire en erreur ; car, loin d'indiquer une fièvre spéciale, dont le siège serait dans le foie, les nerfs, les membranes muqueuses, etc., elles ne représentent qu'un groupe de phénomènes dont le plus saillant est ici déterminé par l'idiosyncrasie des individus, et donne son nom à l'une de ces maladies ; ainsi donc nous pensons qu'on ne devrait distinguer que deux espèces de pyrexie, l'une *simple* et *continue*, l'autre *simple* et *intermittente* ; car elles peuvent exister seules et exemptes de toute complication. Les autres ne sont que l'une de ces deux affections, accompagnée de phénomènes bilieux, pléthori-

ques, nerveux, etc. ; et si les pyrétologistes admettent ces diverses espèces de pyrexies, presque toutes les maladies ne seront alors, comme autrefois, que des fièvres que l'on appellera *hépatiques*, *péritoniques*, *pleurétiques*, *rhumatismales*, etc., suivant qu'elles existeront avec l'une ou l'autre de ces phlegmasies : je crois la conséquence logique et rigoureuse.

La fièvre continue, qui ne dure guère moins de vingt-quatre heures, et qui s'étend rarement au-delà du vingtième jour, se montre à toutes les époques de l'année ; elle règne quelquefois épidémiquement, et ne reconnaît aucune cause spécifique. En général, on observe dans la marche de cette maladie la marche ordinaire des phlegmasies aiguës, c'est-à-dire une période d'accroissement et une période de déclin. Lorsque, dans une fièvre continue, il y a des paroxysmes, c'est le plus souvent le soir ou dans la nuit qu'on les observe, et la fièvre est dite *exacerbante* ; si ces redoublemens manquent, on l'appelle *continue*. Son invasion est presque toujours précédée d'un malaise général, bientôt suivi d'une sensation de froid, qui quelquefois persiste pendant un temps plus ou moins long, qui d'autres fois disparaît pour se reproduire à des intervalles peu éloignés. Ce début de la maladie a été décrit séparément sous le nom d'*état*. La terminaison de cette affection est presque toujours heureuse s'il ne survient aucune complication grave.

De même que pour les causes, il n'existe aucun traitement spécifique, et les remèdes que l'on emploie ne montrent le plus souvent qu'une action incertaine. C'est aussi pour cette raison que, lorsqu'on ne voit paraître aucune indication précise, *Sydenham* et quelques praticiens avec lui donnent le conseil de s'en tenir aux moyens hygiéniques, dans l'espoir que les seuls efforts de la nature pourront triompher du mal, ou bien dans la crainte de contrarier sa marche, s'il tend à une guérison prochaine. Toutefois la médecine expectante doit cesser aussitôt que le genre et le caractère de la maladie viennent à se dessiner par des signes plus saillans, et on doit immédiatement avoir recours à la méthode curative indiquée par la

nature même de la pyrexie. Cette méthode varie suivant que les phénomènes bilieux , pléthoriques , nerveux , etc. , prédominent.

Dans le cas où la fièvre devient symptomatique d'une lésion organique quelconque , il faut toujours la regarder comme secondaire ; et en attaquant directement la phlegmasie , la fièvre cède au traitement de l'affection qui la tient sous sa dépendance.

J'ai déjà dit que lorsqu'une fièvre continue se présentait à l'état simple , et n'offrait par conséquent aucune indication et aucun danger , le médecin prudent devait s'en tenir aux moyens diététiques , qui peuvent suffire pour faire cesser le dérangement survenu dans la plupart des fonctions.

C'est assez faire comprendre que je ne partage nullement l'opinion de ceux qui prétendent qu'il existe toujours une lésion primitive comme cause de ces affections , et que l'on doit à jamais rayer du cadre nosologique toutes les fièvres *essentiels*. Cette opinion me paraît trop exclusive , et si je faisais ici ma profession de foi , je dirais : que la manière affirmative et sans appel dont on décide la question est déjà pour moi , en médecine , une présomption de son erreur ; que je ne nie ni n'affirme pour toujours l'existence de ces altérations premières , mais que je suis obligé de les rejeter dans les cas où on ne peut me les démontrer , ni pendant la vie à l'aide de signes irrécusables , ni après la mort par l'inspection attentive et minutieuse des cadavres. « Que deviendrait (disent les partisans de « cette doctrine) l'homme dont tous les organes seraient affectés « en même temps ? Que deviendraient les malheureux dont le cerveau , le cœur , les poumons , le foie , l'estomac , les reins , etc. , « seraient simultanément atteints d'une maladie ? Comment enfin le « médecin le plus habile pourrait-il porter quelque jour dans un « semblable chaos ? . . . » Ce raisonnement , plus spécieux que juste , me fournit lui-même la réponse ; car voilà justement ce que je reprocherai à l'auteur de cet article : c'est , en voulant démêler ce chaos par une localisation souvent impossible , de s'exposer à commettre des erreurs grossières ; c'est de vouloir toujours reconnaître , au mi-

lieu de ce *chaos*, de ce trouble général, une phlegmasie quelconque à l'aide de signes vagues, incertains, et nullement caractéristiques de cette maladie, tels que la douleur, la rougeur des bords de la langue, tout changement dans la sécrétion d'un organe, la fréquence du pouls, etc. Mais, grand Dieu! où en serait l'humanité si des symptômes d'une valeur si médiocre annonçaient toujours une véritable altération de ses organes!... La langue ne peut-elle être rouge sur ses bords sans que l'estomac soit enflammé? La douleur serait-elle devenue un signe pathognomonique dans une maladie quelconque, lorsqu'on en voit plusieurs où elle manque, et tant d'autres où sa présence n'est liée à aucune lésion apparente? L'augmentation de la sécrétion urinaire est-elle nécessairement l'effet d'une irritation? Que voit-on dans le rein d'un diabétique?... Il est essentiel dans cette discussion de bien s'entendre sur les mots *affections*, *maladies*; car un organe peut être très-certainement modifié dans ses fonctions sans qu'il existe dans son tissu une lésion qui frappe nos sens, et d'une simple modification à une véritable inflammation il y a bien des degrés à parcourir. On est souvent, en médecine surtout, contraint de s'en tenir aux effets, et de négliger l'explication de la cause, si l'on veut se mettre à l'abri de l'erreur. Ainsi, quand on dit : il y a dans la fièvre un dérangement notable de plusieurs fonctions, on ne doit certes pas entendre, comme on a cherché à l'insinuer, que tous les organes sont *altérés*, ou le siège d'une inflammation, par exemple; car alors il est évident que le fébricitant ne pourrait résister à des assauts si multipliés; d'ailleurs on ne voit nullement apparaître cette nuée de symptômes qui caractériserait une phlegmasie de tous les organes. On a voulu seulement exprimer ce qui se passe, ce qui est patent pour tout le monde, savoir : que les causes sous l'influence desquelles se montrent les différens phénomènes désignés sous le nom collectif de *fièvre*, ont agi sur divers organes, sans que l'on puisse saisir le point de départ, pour modifier leurs fonctions, et cependant il n'existe dans ces organes aucune lésion matérielle appréciable par nos sens.

Ainsi je fus pris, il y a deux ans, presque subitement et sans causes évidentes, d'un malaise général, de lassitudes dans tous les membres; j'éprouvai de la céphalalgie, de l'inappétence, le passage souvent répété du froid au chaud, de la sécheresse à la peau, l'augmentation de la sécrétion urinaire dans les premières heures, et de la diminution dans cette même sécrétion vers la fin de la maladie; un changement notable dans le pouls. Pour tout traitement je pris de l'eau sucrée. Cet état dura près de vingt-quatre heures, au bout desquelles, voulant me transporter chez moi, afin de me procurer toutes les commodités que l'on trouve rarement chez les étrangers, je tombai dans une syncope qui dura dix minutes, au rapport des assistans : tout à coup je fus inondé par une sueur des plus abondantes, et, une heure après, je n'éprouvais qu'un peu de faiblesse; l'appétit était parfaitement revenu, je pus dîner sans en être indisposé : je fus guéri.

Cet état ressemble-t-il, par sa marche, à une gastrite, à une entérite, quelque légère qu'on les suppose? Ces symptômes annonçaient-ils une inflammation locale? Cependant j'avais de la fièvre; il y avait chez moi une modification de la plupart des fonctions.

Je conclus donc de ce qui précède que, pour moi, jusqu'à nouvel ordre, et dans l'état actuel de nos connaissances, je suis forcé d'admettre l'essentialité des fièvres continues. Nous verrons bientôt si la même conclusion peut s'appliquer aux fièvres intermittentes.

Fièvres intermittentes.

La fièvre intermittente est celle qui paraît sous la forme d'accès, entre lesquels il existe un état de santé plus ou moins parfaite.

Elles ont été divisées en *régulières* et en *anormales* ou *atypiques*.

Dans les premières, les accès se composent de trois stades : le frisson, la chaleur et la sueur. On les subdivise en *simples* et en *pernicieuses*.

Les fièvres anormales ont été distinguées en quatre groupes :

1°. Celles dont les accès sont renversés ou confondus : elles n'ont pas reçu de noms particuliers ;

2°. Les *incomplètes*, dont les accès n'offrent qu'un ou deux des trois stades accoutumés ;

3°. Les *partielles*, dont les accès sont bornés à une seule partie du corps ;

4°. Les *larvées*, dont les accès n'offrent ni frisson, ni chaleur, ni sueur, et qui sont caractérisées par un seul symptôme, tel que le coma, des convulsions, une hémorrhagie, etc. Cette dernière maladie doit-elle être classée parmi les fièvres ?

On a encore divisé les fièvres intermittentes en *endémiques*, qui dépendent de la nature du sol et du genre de vie des habitans ; en *épidémiques*, qui attaquent un grand nombre de personnes à la fois, mais accidentellement, dans le pays où elles se manifestent ; en *sporadiques*, qui se montrent chez quelques personnes isolément : celles-là surtout semblent devoir être le résultat de l'action des causes prédisposantes.

Le savant *Pinel* a rapproché, dans sa Nosographie, les fièvres d'accès des six ordres de fièvres continues, que nous avons cités dans la première partie de cette thèse. La seule modification que *M. Chomel* fait subir à sa classification est d'admettre une fièvre intermittente simple, dont plusieurs auteurs nient l'existence, et de renvoyer la description de la fièvre adéno-nerveuse ou typhus d'Orient à celle des maladies pestilentiellles.

Les principaux types de fièvres intermittentes sont le quotidien, le tierce et le quarte ; le double, le triple tierce, le double, le triple quarte, etc., s'observent moins souvent, et sous ce rapport, je dois les exclure de ces considérations très-générales.

Dans la fièvre quotidienne, les accès reviennent tous les jours. La fièvre tierce a un accès toutes les quarante-huit heures, tandis que la fièvre quarte offre deux jours entiers d'apyrexie.

Lorsque, dans une fièvre intermittente, il survient, surtout au début de la maladie, des phénomènes graves et capables d'entraîner

promptement la mort, la fièvre est dite *pernicieuse*, mot qu'il nous semblerait dangereux d'enlever à la nomenclature médicale. Cette fièvre se montre presque toujours épidémiquement; ce qui la caractérise principalement, c'est l'altération profonde de la physionomie, la prostration extrême et subite des forces, l'irrégularité et la faiblesse du pouls, etc. Le traitement de la fièvre intermittente simple, modifié selon les circonstances et les divers accidens qui peuvent survenir, s'applique à toutes les variétés de cette même affection. Elles se montrent surtout au printemps et à l'automne : de là les fièvres *vernales* et *automnales*.

Les climats tempérés semblent être la condition la plus favorable à leur développement; mais dans ces climats il faut encore admettre des localités spéciales, qui peuvent seules produire les fièvres épidémiques, soit que la cause réside dans l'endroit même où elles paraissent, soit qu'elle puisse y être apportée par les vents.

Tous les âges, tous les sexes, tous les tempéramens peuvent être atteints de ces maladies : je les ai vues plus fréquentes chez les hommes dans la jeunesse et l'état adulte, et il m'a semblé que les constitutions nerveuses et bilieuses avaient une prédisposition plus grande à les contracter.

Causes.

Plusieurs causes, telles que l'air froid et humide, les alimens indigestes, une affection morale un peu vive, le séjour de la bile dans l'estomac, etc., peuvent donner lieu aux fièvres *sporadiques*; mais les causes que l'on pourrait appeler *spécifiques des fièvres épidémiques* sont les émanations marécageuses : le voisinage de défrichemens considérables y donne aussi fréquemment lieu. Vouloir expliquer de quelle manière agissent ces miasmes, ou plutôt ce *quid ignotum*, et pourquoi ils déterminent cette maladie plutôt que toute autre affection, serait vouloir résoudre le problème alchimique de la pierre philosophale ou trouver la quadrature du cercle; mais le plus essentiel

à connaître est de savoir qu'ils peuvent la produire, car l'hygiène, dans ce cas, fournit la première indication à remplir.

Symptômes.

Ils se présentent sous forme d'accès, qui le plus souvent se composent des trois stades ci-dessus mentionnés.

Je vais tâcher de les décrire dans leur ordre de succession régulière.

Frisson. Lorsqu'il débute par un assoupissement, le cas peut être grave. Il commence le plus ordinairement par les extrémités, le dos, les lombes ou le visage; il devient bientôt général ou reste borné à l'une de ces parties. Il peut, dès son début, envahir toute la surface du corps : bientôt les bulbes des poils font saillie sur la peau, ce qui constitue la *chair de poule*; les tremblemens se manifestent; ils peuvent manquer ou être considérables; quelquefois, ainsi que le remarque *Bosquillon*, ils se montrent d'abord à la mâchoire inférieure: j'en ai vu deux exemples, dont un remarquable en ce sens qu'il était borné à cette partie, au bras droit et au diaphragme qui était agité de mouvemens convulsifs. La peau pâlit avec les ongles; elle se recouvre de marbrures violacées; les anneaux, dit *Cullen*, tombent des doigts : ce signe est un peu exagéré. La sensation du froid accusée par le malade peut ne pas être perçue par le médecin. Le fébricitant fléchit les jambes sur les cuisses, celles-ci sur le bassin, en rapprochant les deux extrémités de son corps; il se *pelotonne*, comme on le dit vulgairement; les dents font souvent entendre un claquement plus ou moins fort, mais je doute qu'il puisse déterminer la fracture de ces os; le pouls est petit, concentré, fréquent, quelquefois irrégulier; la bouche devient pâteuse, la respiration difficile, l'urine rare et incolore; on entend quelquefois aussi des craquemens dans les articulations : cet état peut durer depuis une demi-heure jusqu'à plusieurs heures.

Lorsque la mort survient, c'est presque toujours pendant le stade de froid, suivant les uns; suivant quelques autres, et en particulier le docteur *Lind*, c'est dans le second stade : ici la *phlegmasie* des partisans de l'irritation devient fort difficile à expliquer.

Chaleur. La chaleur se développe par une marche progressive, à mesure que le frisson, qui suit la même marche, disparaît. Quelquefois cependant elle arrive brusquement, et c'est au front, aux pieds, aux mains, à l'épigastre, que les malades en éprouvent la première sensation; elle devient ensuite générale. On la voit aussi envahir à son début toute la surface du corps. Elle peut être faible ou avoir une grande intensité : dans ce dernier cas, elle fatigue beaucoup les malades, qui cherchent le frais de leur lit et changent fréquemment de position; le tremblement disparaît avec le frisson; le malade allonge les membres, éprouve une soif assez vive; il a mal à la tête; le pouls devient plus fort, plus fréquent; l'urine se colore, la respiration est moins pénible, la perspiration cutanée commence à s'établir.

Ce stade peut, comme le premier, durer une demi-heure ou plusieurs heures.

Sueur. Bientôt la perspiration cutanée augmente et la sueur paraît : il peut y avoir simple moiteur ou une véritable inondation, qui oblige les malades à changer plusieurs fois de linge. Elle se montre d'abord au front, à la poitrine, au dos, à la partie interne des cuisses, à la paume des mains, et devient générale; la soif est moins vive : je l'ai vue quelquefois plus ardente que dans le stade précédent; l'urine dépose un sédiment briqueté, la respiration redevient presque naturelle; le pouls est souple, moins fréquent; la céphalalgie diminue; la sueur a très-souvent une odeur aigre; le malade semble sortir de l'ivresse : il se sent fatigué, mais néanmoins soulagé. La durée de ce stade est en général un peu plus longue que celle de la chaleur, mais elle n'a rien de fixe.

Tels sont les symptômes de la fièvre intermittente régulière.

Complications.

La fièvre intermittente peut être l'effet ou la cause d'une foule de maladies. C'est, en général, pendant le stade de froid et après les premiers accès qu'on observe les complications les plus fréquentes. Cependant, malgré l'opinion contraire de quelques praticiens fort distingués, on peut, je crois, rencontrer quelques fièvres intermittentes simples qui se prolongent à cet état un temps plus ou moins long. M. Léonard-Henri Gery en rapporte un exemple observé sur lui-même, qui me semble très-concluant : il se trouve consigné dans une excellente thèse qu'il soutint il y a peu d'années à cette Faculté. J'ai observé quelques fièvres vernaies abandonnées à elles-mêmes, se terminer après le troisième ou le quatrième accès par les seuls efforts de la nature, ce qui me semble un argument de quelque valeur contre ceux qui nient l'existence de fièvres sans lésion organique.

Mais voyons si, par des observations de faits plus concluans, on ne peut démontrer l'erreur de cette doctrine. C'est dans la marche et le traitement que je veux puiser mes preuves.

1°. Un voyageur traverse un marais, et au bout de deux ou trois jours il a un accès de fièvre intermittente : il ne prend aucun remède et mange comme à l'ordinaire. Le surlendemain il a un nouvel accès plus fort que le premier, et qui fait craindre que le troisième n'augmente encore d'intensité. Douze grains de sulfate de quinine lui sont administrés sans avoir été précédés d'émissions sanguines, malgré l'état pléthorique du malade, et le jour suivant il peut vaquer à ses affaires sans éprouver de nouvel accès.

2°. Un autre individu a eu trois accès ; les symptômes bilieux prédominent ; il y a un état saburral des premières voies. Un vomitif et un purgatif le débarrassent presque immédiatement de sa fièvre. Peut-on dire que dans ces cas il existait une phlegmasie des voies digestives ? Mais alors toutes les opinions, je ne dis pas théoriques, mais basées sur l'analogie et l'expérience, sont-elles donc renversées ?

La marche d'une phlegmasie est-elle continue ou intermittente? ou bien existe-t-il plusieurs espèces de phlegmasies dans les organes, les unes à type continu, les autres à type intermittent? Le quinquina à hautes doses a-t-il une action émolliente pour les uns, tonique et astringente pour les autres? sa composition chimique a-t-elle changé? son action peut-elle être différente suivant qu'il est administré dans les mêmes circonstances et aux mêmes doses, par tel ou tel praticien? Une inflammation même légère, telle qu'elle existerait dans le moment de l'apyrexie, n'est-elle pas, dans la majorité des cas, exaspérée au lieu d'être diminuée par son action, celle des vomitifs, des purgatifs, des éméto-cathartiques, surtout lorsque son emploi n'a été précédé d'aucun traitement antiphlogistique? Vraiment je m'y perds, et, en adoptant les principes généralement reçus, je ne puis concevoir un tel paradoxe.

Je sais que lorsqu'on a besoin d'une affection pour compléter une théorie, un système, ou pour se rendre compte d'une idée préconçue, on se place dans la nécessité d'exagérer tel ou tel symptôme, d'en déduire de fausses conséquences, afin de la démontrer coûte que coûte; mais c'est là faire de la médecine purement imaginative, et nullement de la médecine pratique qui puisse profiter à la science et à ses malades. Assurément c'est travailler dans leur intérêt commun que de chercher à faire disparaître ce qui pourrait rester encore de nos jours de ce pédantisme mystique, objet d'une juste et amère critique d'un illustre auteur du siècle de Louis XIV. C'est rendre à la science un immortel service que de simplifier sa symptomatologie et son obscure thérapeutique, et l'on doit rendre hommage au génie de l'homme qui le premier en a conçu le projet : mais il ne faut pas que cette ambition louable dépasse certaines limites au-delà desquelles l'erreur nous attend.

Que cette courte digression, qui ne nous semble pas tout à fait un hors-d'œuvre, ne nous fasse pas perdre de vue l'histoire générale des complications.

Les plus fréquentes sont, la gastrite, la gastro-entérite, la ménin-

gite, l'épanchement de sérosité dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans les membranes séreuses elles-mêmes. Presque toujours, surtout chez les enfans, on observe le gonflement de la rate, moins fréquemment celui du foie, qui peuvent être plus ou moins ramollis ou dégénérés. M. Bailly de Blois rapporte plusieurs exemples de rupture du premier organe, dans les fièvres intermittentes pernicieuses, accompagnées d'arachnitis, de gastrite, de péritonite, etc. Il paraît que dans les pays chauds le gonflement de la rate survient plus facilement que dans nos climats plus tempérés; c'est ainsi qu'en Italie et en Espagne M. Broussais a eu fréquemment occasion de vérifier ce fait, en rapprochant les observations qu'il a faites dans ces pays de celles qu'il a recueillies au Val-de-Grâce.

La connaissance de ces complications et de l'époque à laquelle elles surviennent est de la plus haute importance dans l'étude des maladies qui nous occupent; car ce sont elles qui font naître leur gravité et qui exigent presque toujours la plus grande promptitude de la part du médecin, lorsqu'elles viennent à paraître, surtout dans les premiers accès.

Marche et durée.

Plus la fièvre est ancienne et moins l'apyrexie se rapproche de l'état de parfaite santé; le sujet est décoloré et offre une teinte jaunâtre particulière; sa langue est d'une pâleur remarquable; sa figure porte l'empreinte de la tristesse et de l'ennui; il y a inappétence complète et même dégoût. Le malade tombe dans le marasme, il dépérit de jour en jour. L'intermission est quelquefois si courte, que la fièvre prend le nom de *subintrante*. Quelquefois l'intervalle des accès disparaît complètement, et la fièvre devient continue; cette transformation s'opère en général dans le second stade, qui se prolonge: elle est quelquefois avantageuse, plus souvent nuisible au malade.

Dans les fièvres intermittentes, l'accès se déclare le matin, dans le milieu du jour ou dans l'après-midi, suivant qu'elle est quotidienne, tierce ou quarte. On peut rencontrer ces trois types chez le même

individu et dans une même maladie, d'après la remarque de M. le professeur *Fizeau*.

La fièvre intermittente peut avoir une durée très-courte, et se terminer après quelques accès, ce qui arrive quand la cause a agi avec peu de violence ou que la prédisposition est peu marquée. J'ai vu plusieurs fièvres intermittentes durer trois ou quatre mois; j'en ai observé une qui a duré neuf mois; M. *Chomel* rapporte un cas où elle s'était prolongée jusqu'au dix-septième mois; on peut en rencontrer qui durent plusieurs années: ces cas sont excessivement rares. Le plus communément, surtout si on ne les arrête pas à leur origine, elles semblent devoir se prolonger indéfiniment, et lorsque le septième ou le huitième accès ont eu lieu, et qu'on ne la voit ni disparaître ni s'affaiblir, elle ne peut cesser, au moins dans la majorité des cas, sans l'emploi des moyens thérapeutiques propres à la combattre.

Dans les cas les plus ordinaires, les accès s'affaiblissent d'abord et ne disparaissent que peu à peu. Mais ce qui est digne de remarque, c'est qu'on voit les accès qui guérissent par les seuls efforts de la nature être caractérisés par les deux derniers stades au moment de la guérison, tandis que ceux qui cèdent au traitement n'offrent que des frissons étendus à tout le corps ou bornés à quelque partie.

La fièvre quarte est, au rapport des praticiens, plus difficile à guérir que la fièvre quotidienne et tierce, et ce dernier type cède plus facilement au traitement que le type quotidien. J'ai vu le sulfate de quinine guérir presque toutes les fièvres tierces que j'ai observées.

J'ai lu ailleurs que les fièvres quotidiennes et quartes n'étaient presque jamais mortelles, et que les plus funestes se présentaient toujours sous le type tierce ou double tierce; comme aussi que le premier type pouvait exercer une influence favorable sur la santé, tandis que les fièvres quartes, qui ne donnent presque jamais la mort, ne produisent que rarement ce changement avantageux sur l'économie.

Terminaison.

S'il n'existe aucune complication grave, la terminaison de ces fièvres est le plus ordinairement heureuse ; mais les diverses complications que j'ai déjà énumérées, surtout chez les vieillards, les enfans, et les personnes qui auraient habituellement une mauvaise santé, peuvent faire prendre à la fièvre le caractère pernicieux, et presque toujours dans ces cas l'existence des malades est compromise, si le médecin n'arrive pas à temps. Si, au contraire, il peut agir sur-le-champ, il est possible, dans beaucoup de cas, de prévenir cette terminaison funeste.

Anatomie pathologique.

Il est des cas où l'anatomie pathologique n'apprend rien de satisfaisant sur le siège du mal, pas même dans quelques fièvres graves. Ainsi on peut : 1°. ne rencontrer aucune altération appréciable pour nos sens ; 2°. trouver une rougeur très-peu intense, souvent bornée à une portion du canal intestinal, ainsi que j'en ai vu des exemples ; et certes il ne faut pas chercher dans un effet d'une aussi petite valeur la cause des désordres observés pendant la vie et celle de la mort des fébricitans. 3°. J'ai vu une fois le canal intestinal d'une pâleur remarquable. 4°. On trouve souvent des ulcérations, surtout à la fin de l'iléon et autour de la valvule iléo-cœcale, ce qui ne prouve pas du tout que la source du mal soit dans l'intestin, puisqu'il est quelques maladies dans lesquelles on les rencontre, bien que la maladie principale soit ailleurs, dans la phthisie pulmonaire, par exemple. 5°. On peut trouver le tissu cellulaire et la membrane séreuse de l'abdomen remplis de sérosité. 6°. On peut enfin rencontrer les méninges, la plèvre et plusieurs autres organes importants, enflammés, suivant que leur phlegmasie vient à compliquer la fièvre.

On a dit qu'on trouvait toujours des traces d'inflammation dans ces maladies ; mais les autopsies faites par MM. *Andral, Chomel, Fou-*

quier, *Lherminier*, *Récamier* et *Husson*, suffisent pour détruire cette assertion et éclairer ce point de doctrine médicale. Mais ne pouvant révoquer en doute l'autorité de ces hommes célèbres, on a prétendu que dans ces cas les signes de la phlegmasie avaient disparu après la mort; pure hypothèse, car les recherches d'anatomie pathologique faites avec soin, et surtout faites à temps, bien que de nature à induire parfois en erreur, sont un excellent moyen d'éclairer le médecin sur le siège des maladies, et lui servent plus, je pense, que la sémiologie. D'ailleurs, j'ignore si ceux qui adoptent le phénomène de la disparition de la phlegmasie peuvent raisonnablement l'admettre; on a peine à concevoir, en effet, qu'une inflammation assez intense pour déterminer la mort puisse séjourner un certain temps dans un organe sans qu'il en reste des traces plus ou moins sensibles à l'inspection du cadavre.

Ainsi donc, absence de signes bien caractéristiques pendant la vie, absence de lésion intestinale après la mort dans des cas assez nombreux pour en conclure que la membrane muqueuse de cette région n'est pas toujours au moins le siège de la fièvre intermittente, même grave.

Traitement.

On a proposé plusieurs moyens pour combattre la fièvre intermittente; aucun n'a plus constamment réussi que le quinquina, de sorte qu'il peut être avec raison regardé comme le spécifique de cette maladie, en restreignant toutefois la valeur absolue de ce mot. On peut dire d'une manière générale que c'est une des maladies que l'on guérit le mieux, ce qui est d'autant plus surprenant et de nature à confondre l'orgueil de l'homme, que, suivant la remarque très-juste de *M. Rostan*, c'est peut-être l'affection dont le siège nous est le moins connu. L'opinion la plus raisonnable dans l'état actuel de la science, me paraît être celle qui le place dans le système nerveux. L'emploi du quinquina doit quelquefois être précédé d'émissions sanguines, d'un vomitif, d'un purgatif, etc., suivant l'indication spéciale, afin que

l'on puisse conter d'une manière plus sûre sur l'intégrité de son action. Il faut aussi qu'il soit secondé par un régime sévère; cependant il n'est pas nécessaire, dans une fièvre d'accès ordinaire, de tenir les malades à une diète aussi sévère que dans la fièvre continue. On doit donner au fébricitant des boissons chaudes dans le stade du froid et le bien couvrir; des boissons fraîches et acidules dans le stade de chaleur, en le débarrassant peu à peu de ses couvertures; des boissons tièdes dans la période de sueur. Il faut avoir soin de renouveler les linges mouillés par des linges secs et chauds.

On doit administrer le quinquina pendant l'intermission, quelle que soit la forme que l'on choisisse : il doit être donné à des doses variables suivant l'âge, la constitution des sujets et l'intensité de la maladie. La dose pour un adulte est de quatre gros à une once de sa poudre. On a soin de faire prendre les plus fortes doses les premières et de terminer par les plus faibles, de sorte que la dernière soit prise une heure au moins avant l'invasion du nouvel accès.

Si la fièvre est subintrante, il faut l'administrer, au déclin de l'accès, en une seule dose; et en agissant ainsi, après deux accès consécutifs, on peut espérer de voir cesser la fièvre. Une inflammation, dans ce cas surtout, ne serait-elle pas toujours exaspérée? Il est bon toutefois, dans cette fièvre ainsi que dans les fièvres ordinaires, de donner au malade une dose de quinquina lors du retour présumé de l'accès, pendant quelques jours. Cette méthode réussit très-bien.

On n'emploie aujourd'hui presque exclusivement que le sulfate de quinine, substance découverte en 1820 par MM. *Pelletier* et *Caventou*. Il a sur la poudre de quinquina l'immense avantage d'agir avec plus d'énergie sous un moindre volume, en ce qu'il est plus facilement et plus rapidement absorbé. La dose pour un adulte est de douze à seize grains. Il ne faut pas craindre, dans certains cas de fièvre pernicieuse, de porter la dose jusqu'à vingt-quatre grains, et même au-delà, dans l'intervalle de deux accès. On doit, dans ce cas, administrer le remède au déclin de l'accès, et le donner en une seule dose, si l'on craint le peu de durée de l'intermission. On l'administre ordinairement

dans une cuillerée d'eau ou de vin, dans une potion gommeuse, sous forme de pilules ou de bols, en l'incorporant dans un extrait amer, celui de ménianthe ou de chicorée, par exemple. Si le malade ne pouvait avaler, ou qu'une phlogose de l'estomac empêchât son administration par le haut, il faudrait le faire passer par le rectum ou l'appliquer sur la peau dénudée. On peut aussi, dans ce cas, avoir recours à une forte décoction de quinquina donnée en lavement. M. Andral a guéri des fièvres, chez les femmes surtout, en plaçant le sulfate de quinine sous le creux de l'aisselle. Si on ne pouvait se procurer de quinquina, ou s'il échouait, on devrait essayer la potion stibio-opiacée de Peysson, qui jouit d'une grande réputation dans ce genre d'affections; en voici la formule :

℥ Tartrate antimonié de potasse.....	ḡ j.
Sirop diacode.....	℥ j.
Gomme adragant.....	፬ j.
Eau de fleurs d'oranger.....	℥ ij.
Eau commune.....	℥ viij.

à prendre par cuillerées à bouche, à une heure d'intervalle l'une de l'autre, et avoir soin de cesser un peu avant le retour présumé de l'accès.

Il faut, dans le traitement de ces affections, diviser les doses de sulfate de quinine dans le rapport direct de l'éloignement des accès. Il est bon aussi de tenir pendant quelques jours le malade à l'usage d'une tisane amère ou émolliente, suivant l'indication.

On combat les phénomènes consécutifs de la fièvre par le quinquina, les saignées, les boissons diurétiques, laxatives et rafraîchissantes, une diète légère, suivant qu'on veut faire cesser des sueurs abondantes, une céphalalgie, une hydropisie, etc. On doit aussi ranimer les forces du malade par les toniques et les stimulans, seuls ou combinés ensemble, suivant l'indication à remplir.

Tels sont les moyens les plus généralement employés pour guérir

les fièvres intermittentes. On en a proposé beaucoup d'autres ; mais je m'abstiens de les rapporter , vu leur infériorité , et souvent leur peu d'utilité. J'ajouterai seulement qu'on a vu l'immersion dans l'eau froide , un bain très-chaud , une affection morale un peu vive , faire cesser subitement la fièvre.

Il ne faut pas oublier (et je termine à dessein par l'indication la plus importante à remplir) d'éloigner avec le plus grand soin les causes connues ou présumées de la maladie.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

In temporibus, quandò eâdem die, modò calor, modò frigus fit, autumnales morbos expectare oportet. *Sect. 3, aph. 4.*

II.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect. 2, aph. 46.*

III.

In morbis acutis extremarum partium frigus, malum. *Sect. 7, aph. 1.*

IV.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. *Sect. 2, aph. 3.*

V.

Lassitudines sponte obortæ morbos denuntiant. *Ibid., aph. 5.*

VI.

Extremis morbis extrema remedia exquisitè optima. *Sect. 1, aph. 6.*